

在宅酸素療法の指示書

患者情報	ID		区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再開
	氏名			<input type="checkbox"/> 処方変更	<input type="checkbox"/> 中止
	生年月日	年 月 日 (歳, 性)		<input type="checkbox"/> 機種変更 (理由)	
	TEL		第2 連絡先		
	住所 (設置 場所)				
設置機種	1.酸素濃縮器 2.液体酸素		携帯用酸素ポンベ	有 ・ 無	
設置 予定日			検診の ため	()毎に来院	
処方内容	発作時 L/分 ・ 分間				
基礎疾患	群発頭痛				
納入業者 及び緊急 連絡先	住所: ○○○○		TEL: FAX:		